



**Стандартная операционная процедура (СОП) 11**  
**Анафилактический шок**

Введена в действие: 13.04.2020

Принята в работу: 14.05.2020

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Утвердил:	Главный врач	Хаматдинов В.Ф.		
Разработал:	Врач – терапевт	Одинцова Ж.Л.		
Оформил:	Заместитель главного врача по лечебной части	Никиткова А.В.		
Рассылка:				
Изменение:				
Место хранения:				
Количество экземпляров:				
Согласование:	Врач – терапевт	Одинцова Ж.Л.		
	Главная медицинская сестра	Маркина Н.В.		
	Заместитель главного врача по лечебной части	Никитков а А.В.		

**Цель внедрения**

Стандартизация процедуры ликвидации угрожающей жизни аллергической реакции.

**Противошоковый набор**

1. Раствор адреналина (эпинефрин) (0,1%, 1 мг/мл) в ампулах №10.
2. Раствор мезатона 1% в ампулах №5.
3. Раствор допамина 5 мл (200 мкг) в амп. №5.
4. Раствор супрастина 2% в ампулах №10.
5. Раствор тавегила 0,1% в ампулах №10.
6. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах №10.
7. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах №10.
8. Раствор эуфиллина 2,4% в ампулах №10.
9. Сальбутамол аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза №2.
10. Раствор строфантина-К 0,05% в ампулах №5.
11. Раствор кордиамина 25% в ампулах №5.
12. Раствор диазепам (реланиум, седуксен) 0,5% в ампулах №5.
13. Раствор глюкозы 40% в ампулах №20.
14. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах №20.

15. Раствор глюкозы 5% 250 мл (стерильно) №2.
16. Раствор хлорида натрия 0,9% 400 мл №2.
17. Раствор атропина 0,1% в ампулах №5.
18. Спирт этиловый 70% 100 мл.
19. Роторасширитель №1.
20. Языкодержатель №1.
21. Кислородная подушка №2.
22. Жгут №1.
23. Скальпель №1.
24. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
25. Внутривенный катетер или игла (калибром G14-18; 2,2-1,2 мм) №5.
26. Система для внутривенных капельных инфузий №2.
27. Пузырь со льдом №1.
28. Перчатки медицинские одноразовые 2 пары.
29. Воздуховод.
30. Аппарат дыхательный ручной (тип Амбу).

### **Нормативная документация**

#### 1. Федеральные и региональные нормативные документы:

- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;
- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»;
- Федеральные клинические рекомендации по анафилактическому шоку, утверждены Президиумом РААКИ 23.12.2013;
- Приказ Минздрава России от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;
- Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации»;

#### 2. Локальные организационно-распорядительные документы.

#### **Степени выраженности клинических проявлений анафилаксии**

<b>Степени</b>	<b>Проявления</b>
I	Генерализованные кожные проявления: эритема, уртикарная сыпь ± ангионевротический отек

II	Умеренная полиорганная недостаточность: – кожные проявления; – гипотензия, выраженная брадикардия; – гиперреактивность бронхов (кашель, нарушения вентиляции)
III	Жизнеугрожающая ПОН, требующая интенсивной терапии: – коллапс, тахикардия или брадикардия, аритмия; – бронхоспазм. Кожные проявления могут отсутствовать или появиться только после стабилизации АД
IV	Остановка дыхания или кровообращения
V	Смерть в результате неэффективности СЛР

### Алгоритм действий

- Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при анафилактическом шоке.
- Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм (остановить введение лекарственного средства, удалить жало и др.). В случае введения лекарственного средства или ужаления в конечность – выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции.
- Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента.
- Срочно вызвать реанимационную бригаду (если это возможно) или скорую медицинскую помощь.
- Как можно быстрее ввести внутримышечно в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1%-го раствора эпинефрина (адреналина гидрохлорида) взрослым (0,01 мл/кг веса, максимум – 0,5 мл), для детей – расчет 1 млг/кг веса, максимум – 0,3 мл. При необходимости введение эпинефрина (адреналина) можно повторить через 5-15 минут. Большинство пациентов отвечают на первую или вторую дозу адреналина.
- Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть зубные протезы, их необходимо удалить. Нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу.
- Необходим контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей. В случаях нарушения проходимости дыхательных путей корнем языка в результате нарушения сознания необходимо выполнить тройной прием Сафара (в положении пациента лежа на спине переразгибают

голову в шейно-затылочном сочленении, выводят вперед и вверх нижнюю челюсть, приоткрывают рот), при возможности вводят воздуховод или интубационную трубку. У больных с нарушением проходимости дыхательных путей вследствие отека глотки и гортани необходимо как можно быстрее интубировать трахею. В случаях невозможности или затруднений при интубации необходимо выполнить коникотомию (экстренное рассечение мембраны между щитовидным и перстневидным хрящами). После восстановления проходимости дыхательных путей необходимо обеспечить дыхание чистым кислородом.

- Обеспечить поступление к больному свежего воздуха или ингалировать кислород (6-8 л/мин.) (по показаниям). Кислород поступает через маску, носовой катетер или через воздуховодную трубку, которую устанавливают при сохранении спонтанного дыхания и отсутствии сознания.
- Перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) показан при отеке гортани и трахеи, некупируемой гипотонии, нарушении сознания, стойком бронхоспазме с развитием дыхательной недостаточности, не купирующемся отеке легких, развитии коагулопатического кровотечения.
- Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился внутривенно, то необходимо сохранить доступ. Вводить 1-2 литра 0,9%-го раствора хлорида натрия (то есть для взрослого 5-10 мл/кг впервые 5-10 минут; для ребенка – 10 мл/кг).
- Будьте всегда готовы к проведению сердечно-легочной реанимации. Взрослым компрессию грудной клетки (непрямой массаж сердца) необходимо проводить с частотой 100-120 в минуту на глубину 5-6 см; детям – 100 в минуту на глубину 5 см (младенцам – 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки – 2:30.
- Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии возможности подсоединить монитор измерять АД, пульс вручную каждые 2-5 минут, контролировать уровень оксигенации.
- Транспортировать больного в отделение реанимации.

#### **Индикаторы эффективности**

Стабилизированы гемодинамические показатели: артериальное давление у взрослых и детей старше 10 лет, систолическое – выше 100 мм рт. ст., у детей до 10 лет – выше 90 мм рт. ст., пульс – не реже 60 ударов в минуту.

#### **Лист ознакомления**

№	Ф. И. О.	Должность	Дата	Подпись
